

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 217

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude PIZON

Né à Nantes, le 12 janvier 1904

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LE SYNDROME BASEDOWIEN

CHEZ L'HOMME

Président : P. CARNOT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

547

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude PIZON

Né à Nantes, le 12 janvier 1904

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LE SYNDROME BASEDOWIEN

CHEZ L'HOMME

Président : P. CARNOT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN... M ROGER

I. — PROFESSEURS

MM

Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI . . . Pathologie médicale.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . Pathologie médicale
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHIRAY Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.

MM.

HUTINEL . . . Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie
LEROUX . . . Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL . Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale
MULON Histologie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHTER Fils . Physiologie.
SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) . . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
GUENIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.

MM.

RETTERER . . Histologie.
TANON Pathologie médicale
ZIMMERN Physique.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . Clinique chirurgicale.
 GOUGEROT . Clinique médicale.
 LAGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LEREBoullet. Clinique médicale infantile.
 LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

dont j'ai réalisé un des plus chers désirs en entreprenant mes études médicales, je dédie ce travail qui en est la consécration : bien faible témoignage de la vénération et de la reconnaissance que j'ai pour sa chère mémoire.

A MON PÈRE

qui s'est imposé pour moi bien des sacrifices.

En témoignage d'affectueuse gratitude.

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

M^{me} et M. Georges CARLES.

M^{me} et M. Louis LEMARIER.

M^{me} et M. Michel PIZON.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de clinique médicale

de la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de respectueuse reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR SAINTON

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

*qui nous a guidé de ses conseils dans la conception
de ce travail, dont il a bien voulu nous fournir
les éléments ;*

*qu'il nous permette de lui en témoigner ici notre
respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Directeur de l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand

Professeur de Clinique médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR BILLARD

Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand

Professeur de Physiologie
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR PIOLLET

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES AUTRES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

MM. MAURIN, BUY, DURIF, DELORME, DIONIS DU SÉJOUR, PLANCHARD.

MM. ALARY, MORNAC, PATURET, MOUREYRE,
MERLE, LEPETIT, GRASSET, RONGIER.

MM. PAKOVSKI, GILLARD, LUTTON, MATHIEU.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Messieurs les Professeurs :

JEANSELME, professeur de clinique syphiligraphique et dermatologique.

TEISSIER, professeur de clinique des maladies infectieuses.

GUILLAIN, professeur de clinique neurologique.

CLAUDE, professeur de clinique psychiatrique.

BALTHAZARD, professeur de médecine légale.

TIFFENEAU, professeur de pharmacologie.

LOEPER, professeur de thérapeutique.

LÉON BERNARD, professeur d'hygiène.

PRÉFACE

La prédilection du syndrome basedowien pour le sexe féminin est universellement admise. Selon les diverses études qui en ont été publiées, le goître exophtalmique chez l'homme, non seulement passe pour exceptionnel, mais est considéré comme revêtant des caractères bien spéciaux :

Pic et Bonamour (Lyon 1911), estiment que la maladie de Basedow chez l'homme présente une particulière gravité ; mais ce qui, selon eux, la caractérise le plus souvent, c'est la présence de troubles nerveux très accentués et poussés à un degré qu'il est rare de rencontrer chez la femme.

Puzin, dans sa thèse parue à Lyon en 1910, oppose à la rareté du goître exophtalmique chez l'homme sa plus grande malignité ; considérant que l'évolution en est très rapide « il importe, dit-il, que le pronostic soit non seulement réservé, mais encore véritablement pessimiste ».

La guerre, en montrant qu'il existait, contrairement à l'opinion classique, de nombreux cas de Basedow frustes chez l'homme a suscité d'importants travaux.

Lian a groupé sous le nom de « Cœurs de guerre et

cœurs de soldat » diverses observations desquelles il conclut que le basedowisme revendique une bonne part des tachycardies d'origine névropathiques.

Dans sa thèse (Lyon 1920), Hugonot soutient que le facteur émotion, joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des Basedow de guerre, en produisant une hypertonie sympathique : l'excitation thyroïdienne qui en est la conséquence, se traduit par un goitre exophtalmique.

Roussy sans nier le rôle du sympathique qui doit être précisé, estime que le goitre exophtalmique n'est pas une névrose, mais une affection organique : les lésions, sinon constantes, du moins très fréquentes qu'il a observées en examinant les corps thyroïdes, lui font conclure à une pathogénie nettement thyroïdienne du syndrome basedowien.

Les idées exprimées par Pic et Bonamour sont déjà anciennes (1910) : les observations que nous avons recueillies nous montrent le goitre exophtalmique chez l'homme sous un aspect bien différent de celui qu'ils nous ont dépeint. Les conceptions de ces deux auteurs nous paraissent donc sujettes à révision : d'autant plus qu'il doit être tenu compte des observations de la guerre, postérieure à la publication de leur étude.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR
LE SYNDROME BASEDOWIEN
CHEZ L'HOMME

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas l'intention en abordant ce chapitre de discuter les différentes théories émises tant sur la pathogénie que sur l'étiologie du goitre exophthalmique : nous n'y ferons allusion que dans la mesure où cela ne nous entraînera pas hors de notre sujet.

FRÉQUENCE.

Quelle est approximativement la fréquence avec laquelle le syndrome basedowien se manifeste chez l'homme ? Les chiffres donnés sont très variables suivant les observateurs, mais aussi suivant les pays où ont été relevées les statistiques.

Ainsi, tandis que certains auteurs anglais tels que Reynold, Clarke, Gordon Holmes et Hardy soutiennent que l'homme n'est atteint que dans une proportion de 1 à 2 pour cent, Stoffel de Vienne et

Herman Müller en Suisse ont relevé plus de cas masculins que de cas féminins dans leurs statistiques.

Sattler, de Leipzig, dans un ouvrage très complet sur la maladie de Basedow a relevé sur 3.800 cas allemands et étrangers une proportion de 590 hommes, soit un pourcentage de 15 à 16 %.

Romberg, de Graefe, Eichhorst nous indiquent, d'après leurs observations personnelles, une moyenne variant de 15 à 17 %.

Selon les statistiques très étendues publiées en France par Pic et Bonamour, le syndrome basedowien chez l'homme, se rencontrerait dans 19,37 % des cas, alors que Dumas indique une proportion de 12 % seulement. Sainton estime que c'est ce dernier chiffre qui lui paraît exprimer la vérité.

En somme, le goitre exophtalmique chez l'homme est plus rare que chez la femme, tout au moins en France, mais il n'est pas exceptionnel.

AGE.

Quelle est la période de la vie où l'on observe plus fréquemment le syndrome ? Pic et Bonamour concluent à une prédominance marquée entre 30 et 50 ans. Des observations personnelles de Sainton, il résulte que c'est entre 30 et 40 ans que l'homme est plus particulièrement atteint : c'est la moyenne généralement admise.

* * *

Les *conditions étiologiques* dont on invoque le rôle dans le développement de la maladie de Basedow sont en somme peu différentes dans l'un et l'autre sexe.

Le facteur *hérédité* directe peut se rencontrer chez l'homme, comme chez la femme. Schulman a signalé trois cas héréditaires et familiaux : il semble que l'on doive incriminer la syphilis, de même que pour les cas de goitre exophtalmique conjugal observés par Bernhardt et Berchod.

Le goitre exophtalmique *d'origine syphilitique* est plus fréquent chez l'homme que chez la femme : il a été signalé par Abrams, von Pezold et Bérard. Sainton cite trois cas où l'infection en cause était la syphilis, syphilis acquise avec thyroïdite tertiaire.

Le syndrome de Basedow coïncide souvent avec la *tuberculose*. Existe-t-il un rapport de cause à effet entre l'infection à bacilles de Kock et l'apparition du syndrome ? Il semble bien que la tuberculose agisse en donnant lieu soit à une thyroïdite diffuse, soit à une irritation locale, constituée par une épine (Poncet, Leriche et Dumas) ; ce point de vue se trouve confirmé par diverses autopsies, où l'on a retrouvé des follicules tuberculeux dans le corps thyroïde.

Enfin, on a observé les *infections les plus diverses* à l'origine du syndrome basedowien.

Un malade a vu sa maladie apparaître à la suite

d'une angine à streptocoques, accompagnée d'une localisation thyroïdienne légère ; un autre avait eu un rhumatisme articulaire aigu avec thyroïdite (Sainton). Faroy a cité un cas où la thyphoïde fut à l'origine du syndrome basedowien. Bouchut (thèse de Lyon) a insisté sur la fréquence du rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents de ses malades.

Emotion : Le rôle provocateur de l'émotion a été particulièrement discuté. Avant 1914 des cas de goitre exophtalmique subits à la suite d'une émotion ont été signalés chez l'homme. Mais c'est surtout depuis la guerre que des observations en ont été publiées : Roussy et Cornil les ont soumises à une critique très serrée ; ils émettent notamment des réserves sur tous les cas post-traumatiques, où une lésion a vraisemblablement atteint le sympathique dans une de ses parties : le rôle de l'émotion y est des plus problématiques. A cette opinion se rangent Sergent, Pruvost et Sainton.

Sur 18 cas qu'il a observés chez des militaires en collaboration avec Roussy, Cornil n'en retient que 3 typiques. Le premier concerne un soldat qui n'a pas été dans la zone des armées et n'a jamais eu de fortes émotions : le deuxième est celui d'un prisonnier dont le goitre est apparu pendant sa captivité en Allemagne, le troisième survint à la suite d'une typhoïde.

Sicard, Sollier et Barré, n'ont jamais vu dans les centres neurologiques un seul cas de Basedow complet produit par une émotion de guerre.

En dehors du choc émotif, les ébranlements affectifs et la fatigue physique peuvent-ils jouer un rôle dans l'étiologie du syndrome basedowien ? Maranon l'affirme, Langdon Brower admet « que l'influence de la peur sur la production de l'hyperthyroïdisme s'est montrée durant les raids aériens de Londres, où des individus maîtres d'eux-mêmes, souffrant intensément, refoulaient leurs impulsions du plan moteur au plan végétatif ; l'hyperthyroïdisme se montrait en compensation, aboutissant dans quelques cas à la maladie de Graves ». Ce rôle est possible dans des cas exceptionnels, mais le plus souvent l'état antérieur du sujet tant au point de vue thyroïdien qu'au point de vue nerveux constitue la cause prédisposante.

En résumé les observations où le choc émotionnel peut être mis en cause dans la production du goitre exophtalmique sont assez rares. Comme cas vraiment démonstratifs on ne peut guère retenir que ceux de Roselle et d'Oberthur, de Babonneix et Celos, les observations allemandes de Baer et de Schûstzinger.

Il paraît plus vraisemblable de penser qu'il existe déjà, dans la majorité des cas signalés, un trouble thyroïdien préexistant : l'émotion ne fait en somme qu'exagérer et rendre apparent un état morbide qui restait latent, mais elle ne joue pas à notre avis, le rôle étiologique de premier plan que lui ont attribué certains observateurs, tel Hugonot (thèse de Lyon 1920).

Assez souvent d'ailleurs, les symptômes du goitre exophtalmique se manifestent chez un sujet porteur depuis un temps plus ou moins long d'un goitre simple : la période de la guerre a permis d'en relever de nombreux cas parmi les hommes mobilisés. Et depuis que l'on recherche avec plus de soin les antécédents des basedowiens, on trouve chez la plupart des sujets une hérédité goitreuse, provenant soit des ascendants directs, soit des grands-parents, parfois une hérédité collatérale, en tout cas le plus souvent, une origine ancestrale goitrigène : ce qui tendrait à démontrer qu'un grand nombre de goitres exophtalmiques, du moins en France, seraient des goitres basedowifiés (Sainton).

Ainsi, dans l'étiologie du syndrome basedowien, les facteurs les plus importants et les plus fréquents, sont les infections et l'hérédité : le rôle de l'émotion est minime.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Le syndrome de Basedow se présente chez l'homme sous trois formes.

1^o Une forme complète.

2^o Une forme dite basedowoïde de Stern.

3^o Une forme fruste.

Enfin nous traiterons dans un paragraphe spécial une forme dite toxique, signalée par les auteurs américains.

§ 1. — FORME COMPLÈTE.

Tous les éléments du syndrome basedowien sont réunis : tumeur thyroïdienne, tachycardie, exophthalmie, tremblement, troubles du métabolisme basal.

La tumeur thyroïdienne est variable, tantôt il s'agit d'un goître vasculaire typique, avec battement des artères et thrill : ce sont les plus nombreux. Plus rarement, il s'agit de goîtres endémiques, évoluant depuis longtemps et entrant dans la période de basedowification : ces goîtres peuvent être fibreux ou fibro-kystiques. Dans d'autres cas, il y a cirrhose thyroïdienne avec lobulation, thyroïdite

tertiaire. La tumeur thyroïdienne peut-être petite ou manquer, tout au moins en apparence. Bonamour en a constaté l'absence 8 fois sur 109 cas, Puzin 1 fois sur 43 cas. Lorsqu'on palpe la région thyroïdienne, on ne sent qu'une ébauche de corps thyroïde ; la glande semble atrophiée ou absente. Cependant M. Sainton nous met en garde : dans une série de 3 cas où les malades lui furent signalés comme n'ayant qu'une glande atrophiée ou déficiente, l'examen radioscopique lui a montré qu'il n'en était rien. Dans le premier cas, le goitre sus-sternal était minime, tandis que le goitre rétro-sternal était développé ; dans le second cas, la tumeur était uniquement rétro-sternale et revêtait la forme étalée ; dans le troisième elle était en besace, visible de face et de profil. D'où M. Sainton conclut « qu'un examen radioscopique s'impose dans tous les cas où la palpation ne décèle pas de tumeur dans la région cervicale ; et que le *goitre exophthalmique sans goitre* deviendra de plus en plus rare ».

On verra par les observations que nous apportons à l'appui de notre thèse que la radioscopie a souvent mis en évidence un goitre qui n'était même pas soupçonnable à la palpation. Disons pour conclure qu'il n'est pas permis d'affirmer l'absence de tumeur thyroïdienne, sans examen radioscopique et radiographique.

La Tachycardie : elle est souvent très marquée, et au moins aussi accentuée par l'émotion chez l'homme que chez la femme ; l'examen de l'aorte à la radios-

copie montre un élargissement notable dans les cas d'origine spécifique : à l'auscultation un clangor aortique, parfois un double souffle. La tension artérielle est supérieure à la normale.

Le tremblement : il est constant, il peut même exister seul à l'exclusion de la tachycardie ; il peut être total, segmentaire, se manifester aux paupières et à la langue.

L'exophtalmie présente tous les degrés : elle peut être absente (7 fois sur 43 cas d'après Puzin ; 12 fois sur 100, d'après Pic et Bonamour). Elle est parfois unilatérale, siégeant, comme cela est la règle, du même côté que le lobe thyroïdien hypertrophié. Nous passerons très rapidement sur les signes oculopalpébraux signes de de Graefe, de Mœbius, de Stellwag, de Sainton (retard à la contraction du frontal lorsqu'on fait regarder le malade en haut). Tous ces signes peuvent exister chez l'homme au même titre que chez la femme, de même que le caractère brillant, éclatant et fixe du regard.

Métabolisme basal : le métabolisme de base est toujours exagéré (Terroigne et Zung) On a observé des augmentations dépassant 100 pour 100, dans les formes hypertoxiques. Cette augmentation serait en moyenne de 75 % d'après Marcel Labbé et Stevenin (1922), de 40 à 80 % selon Marie Krogh (1922) de 20 à 60 % et plus dans les formes graves selon Sainton (1926). L'étude du métabolisme de base chez l'homme donne des résultats plus précis et plus constants que chez la femme. Des recherches de

Guillaume, soit seul, soit en collaboration avec Dodel et Lagrange (1924-1925), il résulte que chez la femme les variations sont proportionnelles au dérèglement menstruel et existent dans 80 % des cas ; des examens successifs sont nécessaires tandis que chez l'homme un seul examen est suffisant pour juger des troubles du métabolisme (Sainton, 1926).

Outre ces 4 symptômes qui sont à la base du diagnostic du syndrome basedowien, nous trouvons chez l'homme, comme chez la femme, *des troubles psychiques* : nous avons vu au début de ce travail quelle importance leur ont accordé certains auteurs. Pic et Bonamour font de la gravité particulière de ces symptômes nerveux et psychiques, la caractéristique la plus fréquente du goitre exophtalmique chez l'homme. « Le malade, disent-ils, tombe dans un état d'agitation continuelle, se plaignant de sueurs abondantes, de soif ardente, de faim dévorante, de sensations de chaleur insupportables ; il devient constamment inquiet et troublé ; il perd complètement le sommeil ; dans la nuit il est tourmenté d'affreux cauchemars ; dans la journée, il est pris d'impulsions fantasques et irraisonnées ; le moindre bruit l'agace, la moindre contrariété, la plus petite émotion provoque immédiatement une crise d'excitation et de colère ».

D'après nos observations nous sommes loin d'avoir constaté une pareille symptomatologie. Ce que nous avons trouvé chez nos malades peut se résumer ainsi : de l'inquiétude allant jusqu'à l'angoisse, une

émotivité extrême pour les actes les plus minimes de la vie journalière, une tendance à l'irascibilité, et surtout de l'asthénie permanente. Des malades dont nous publions les observations, la plupart ont pu continuer à se livrer pendant longtemps à des tâches pénibles, malgré les troubles qu'ils présentaient ; l'un exerçait la profession de metteur en scène, deux étaient journalistes ; un autre put exercer sa profession de facteur ; d'autres se sont livrés à des travaux manuels fatiguants.

Il y a lieu d'insister sur ce fait, alors que la plupart des femmes atteintes de syndrome basedowien cessent toute occupation. Bien qu'il y ait là une cause d'entretien des symptômes, aucun de nos malades, continuant à mener une vie active, n'a eu d'accidents graves.

Troubles génitaux : on sait quelle importance ils revêtent chez la femme atteinte de goitre exophtalmique. D'après l'opinion classique, l'impuissance chez l'homme est la règle, comme l'aménorrhée chez la femme.

Pic et Bonamour, Puzin, affirment que les fonctions génitales sont « presque toujours languissantes et même dans les cas graves complètement abolies. »

Des expériences ont été faites : elles sont contradictoires ; sous l'influence du traitement thyroïdien, Monterosso a déterminé chez les rats une augmentation des lipoides dans les testicules, une activité des divisions cellulaires, bientôt suivies de phénomènes dégénératifs des cellules spermatiques. Cour-

rier constate au contraire que les testicules de rats suffisamment alimentés, et recevant une dose de 75 grammes de glande thyroïde en vingt-et-un jours ne montrent aucune altération microscopique. Les méthodes expérimentales n'ont donc pas tranché la question.

Les malades que nous avons pu interroger au point de vue sexuel, indiquent une puissance génitale normale ; certains au voisinage de la cinquantaine se sont étonnés de notre question. Cependant l'un d'entre eux s'est plaint non d'une diminution de l'activité sexuelle, mais d'un certain degré d'émotivité avec dépression physique consécutive.

Donc, bien souvent les troubles génitaux n'existent pas ; en tout cas ils sont moins marqués qu'on ne l'admet généralement.

Pour terminer cet exposé des formes complètes de la maladie de Basedow chez l'homme, nous mentionnerons rapidement :

Les troubles digestifs, pouvant consister en accès de boulimie et surtout en crises de diarrhée tenace, qui peuvent se renouveler pendant des années.

Les troubles vaso-moteurs : bouffées de chaleur, moiteur, thermophobie, réactions vaso-motrices cutanées.

Les troubles trophiques : consistant en altérations fréquentes du système pileux ; notamment l'alopécie des sourcils, la chute et le blanchiment des cheveux par plaques ; il existe souvent du vitiligo (Peynet 1926 et Besson 1927).

Nous en avons terminé avec la symptomatologie des formes complètes de la maladie de Basedow chez l'homme. Abordons maintenant l'étude du deuxième aspect que peut revêtir le syndrome.

§ II. — FORME DITE BASEDOWOÏDE DE STERN.

Sous cette forme Stern a décrit des sujets qui diffèrent sensiblement du type étudié précédemment. Ce sont des malades qui voient apparaître leur infection vers l'âge de vingt ans, sans pouvoir en préciser le début net ; on trouve dans leurs antécédents une hérédité similaire ou névropathique très chargée, et souvent aussi une maladie infectieuse. Le symptôme initial, chez le basedowoïde, consiste en palpitations ; plus rarement, il s'agit de goitre, de nervosité ou de diarrhée. Ces palpitations apparaissent par accès et s'accompagnent d'angoisse, elles cessent brusquement. Les malades se plaignent énormément de leur goitre, quoiqu'il soit moins considérable que celui des basedowiens ; ils ont une dyspnée spasmodique. Leur exophtalmie est légère et congénitale, leur émotivité est mise en jeu dès leur enfance : ils ont eu des symptômes hystériques, des crises syncopales, des angoisses et des phobies. Leur corps thyroïde est petit, mou ou résistant avec des nodosités, sans thrill. Leur tremblement, étendu, ressemble parfois à celui de la paralysie agitante. Le pouls est rapide, mais ne dépasse guère 120 (Sainton).

En résumé, ces malades sont des hommes à tare dégénérative, vraisemblablement des hérédos-spécifiques. D'après Stern, ils ne guérissent jamais : Sainton pense que cela est loin d'être prouvé.

§ III. — FORMES FRUSTES.

Jusqu'en 1914 il était classique d'admettre que les cas de Basedow frustes étaient rares chez l'homme. Pic et Bonamour, en 1911, considèrent qu'il est très fréquent de rencontrer des basedowiennes frustes, alors qu'au contraire, chez l'homme, le syndrome se manifeste presque toujours sous sa forme complète. Or les observations tirées de la guerre sont venu prouver que ces conceptions étaient erronées et que, dans le sexe masculin, comme dans le féminin, la maladie de Basedow se présente fréquemment avec une symptomatologie incomplète ou très atténuée. Comment reconnaître une forme fruste en l'absence de signes fondamentaux suffisamment nets ?

Nous avons vu, au chapitre de la symptomatologie, que le goitre peut n'être pas apparent, et que cela ne signifie nullement que le corps thyroïde ne soit pas augmenté de volume.

Quant à la tachycardie, c'est un signe capital et des plus constants : elle peut exister avec le goitre sans exophtalmie, ou avec l'exophtalmie sans le goitre. Il est évident, cependant que l'on ne peut

considérer toutes les tachycardies comme appartenant à la maladie de Basedow.

Hugonot, qui a fait une thèse sur les observations publiées à la suite de la guerre, élimine des formes frustes :

1^o Les tachycardies pouvant être considérées comme l'expression d'une atteinte myocardique (antécédents rhumatismaux, typhoïdiques et infectieux graves).

2^o Les névroses tachycardiques caractérisées par de l'accélération cardiaque, des palpitations et de la dyspnée d'effort, sans aucune lésion appréciable du cœur ; névroses qui seraient liées d'après Gallavardin à une excitation intense du grand sympathique.

En dehors de ces deux catégories, Lian estime que la plus grande partie des palpitants de guerre sont des basedowiens frustes ; et il a décrit un signe, celui de l'hyperesthésie thyroïdienne ; mais cette hyperesthésie est exceptionnelle.

Petits troubles oculaires ; caractère matutinal de l'accélération cardiaque, qui s'accompagne d'hypertension : tels sont les signes qui ont permis de dépister de très nombreuses formes frustes, considérées jusqu'alors comme des tachycardies dites nerveuses.

§ IV. — FORMES AIGUES.

Dans nos cas, nous n'avons pas observé une forme de goitre exophtalmique comparable à celle qui a

été décrite par les Américains : il est plus fréquent, aux Etats-Unis, de l'observer chez l'homme que chez la femme. Rogers et Beebe avaient depuis longtemps décrit un syndrome à forme aiguë de la maladie de Basedow et ils avaient voulu le traiter par un sérum cyto-toxique : malheureusement, nous n'avons pu nous procurer la bibliographie complète relative à ces recherches. .

En général, cette forme débute par une asthénie extrêmement marquée, qui met rapidement le malade dans l'incapacité de se livrer à un travail quelconque ; par un amaigrissement prononcé ; par le gonflement du corps thyroïde, et une tachycardie intense ; enfin par une exagération considérable du métabolisme basal. Ces cas ne peuvent être enrayés que par une radiothérapie intensive ou le plus souvent par une hémithyroïdectomie précoce.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Dans sa thèse parue à Lyon en 1920, Puzin, s'inspirant de ses maîtres Pic et Bonamour, résume ainsi ce qui est la conclusion de son travail : « l'évolution du goitre exophtalmique chez l'homme est caractérisée par une exceptionnelle gravité : la marche de l'affection est rapide ; c'est à la cachexie, à l'asphyxie, à l'asystolie, que vont ces malades dans un délai très rapproché ; il importe donc que le médecin soit non seulement réservé, mais encore véritablement pessimiste dans son pronostic ».

En écrivant ces lignes, Puzin ne fait qu'enregistrer une opinion universellement admise. A l'appui de sa thèse, il cite 3 cas de mort, 3 cas à évolution rapide ; Pic et Bonamour ont observé deux cas de mort sur quatre malades.

Sainton s'est déjà élevé contre ces conclusions qu'il juge excessives. Nous le citons : « Les hommes que nous avons observé avaient des goitres exophtalmiques datant de 10, 8, 6, 7, 4 et 3 ans, et tous étaient en voie d'amélioration ou même de guérison. Un cas complètement guéri a récidivé 15 ans après ; à aucun moment cependant l'état du malade ne fut

inquiétant. Dans un cas d'Etienne, un malade eut à la fois un syndrome basedowien et un syndrome addisonien pendant plus de 10 ans ; nous avons observé un cas analogue, où l'état du malade s'améliora progressivement ».

Pour notre part, et d'après nos observations, nous n'avons jamais rencontré ce tableau dramatique tracé par Puzin. Sans doute, les américains ont décrit une forme hypertoxique, qui serait assez fréquente dans leur pays : cette forme est excessivement rare en France ; d'autre part, nous savons que de plus en plus, la clinique nous découvre l'existence de cas frustes et légers de basedowisme.

La gravité du goitre exophtalmique chez l'homme a donc été, à notre avis, singulièrement exagérée. Il est loin de comporter un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Il est impossible, comme l'écrivait récemment Sainton, de donner pour le traitement du goitre exophtalmique une formule impérative et lapidaire, qui trace une ligne de conduite invariable ; en effet il n'y a pas un traitement, mais des traitements du goitre exophtalmique.

Tout d'abord, si la chose est possible on fera un traitement étiologique, antispécifique, par exemple, si la syphilis est en cause, anti-infectieuse (par le moyen du salicylate de soude), si l'on soupçonne une origine infectieuse telle que le rhumatisme articulaire aigu, la typhoïde, la tuberculose.

Quand l'étiologie reste difficile à préciser, il faut avoir recours à divers modes de traitement que nous passerons brièvement en revue :

Si la palpation de la glande thyroïde permet de reconnaître un noyau circonscrit, il faut avoir recours à l'intervention chirurgicale, qui supprimera l'épine irritative.

Il en est de même en cas d'hypertrophie diffuse avec prédominance au niveau d'un lobe faisant penser à un adénome.

Si le goitre est volumineux, on peut tenter la radiothérapie combinée à la farado-galvanisation. Mais si les résultats ne sont pas rapides, il faut encore avoir recours au traitement chirurgical qui consistera soit en thyroïdectomie partielle, soit en une ligature des artères thyroïdiennes, soit à une association des deux.

Les basedowiens étant des malades très impressionnables, il est nécessaire de les préparer aux interventions par un repos suffisant, dans des conditions de calme complet, de façon à diminuer les phénomènes de choc nerveux.

Ajoutons enfin que chez l'homme adulte, dans les cas moyens, on peut recourir à l'hémato-éthyroïdine et au traitement électrothérapique.

Il y a naturellement des indications d'ordre général à prescrire : il en est une notamment, très simple, qui peut produire la guérison, sans autre traitement : c'est la cure de calme et de repos, à laquelle malheureusement les malades se résignent avec difficulté. Le régime doit être surveillé : il sera substantiel et peu toxique.

Comment contrôler les résultats obtenus ? Plusieurs moyens sont à notre disposition, tout d'abord :

1° l'examen clinique du sujet : la constatation que les différents troubles ont regressé.

2° Les variations de la fréquence et de l'instabilité du pouls suivant la technique de Bécclère. On prend le pouls chaque matin une première fois dans la position horizontale avant tout mouvement, une

seconde fois après passage à la position debout. Dans le cas d'amélioration, les deux courbes se rapprochent et se superposent.

3° L'augmentation du poids est un bon signe d'amélioration.

4° Enfin le métabolisme basal nous donne de précieuses indications pour juger l'état du malade, à condition qu'il soit recherché dans des conditions de rigueur suffisante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. P..., facteur, âge : 30 ans.

Ce malade vient à la consultation parce qu'il souffre depuis 6 ans de crises diarrhéiques ; de plus il constate que son cou a tendance à grossir.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler.

A l'examen du malade, on constate un goitre mou avec thrill à la palpation qui est perçu par le malade lui-même. Prédominant au lobe gauche, le goitre atteint également le lobe droit et l'isthme.

Signes oculo-palpébraux. — Le malade aurait présenté, il y a une quinzaine de jours, une forte exophtalmie, en régression marquée depuis.

On note : les signes de de Graefe, de Stellwag. Pas de signe de Mœbius ; des secousses nystagmiques horizontales des globes oculaires ; du tremblement des paupières fermées.

Signe cardiaque. — Tachycardie à 136.

Signes nerveux : — Tremblements prédominant aux extrémités des membres supérieurs. Enfin le malade présente certaines modifications dans son caractère : un nervosisme exagéré, une plus grande tendance à se mettre en colère pour des faits de minime importance.

Examen des divers organes.

Poumons. — Rien d'anormal.

Cœur. — En dehors de la tachycardie, on ne trouve rien de particulier à l'auscultation.

Intestin. — Selles nombreuses : 6 à 10 par jour, sans coliques, glaireuses parfois, mais non sanglantes. Amaigrissement prononcé. Réflexes normaux.

Troubles vaso-moteurs. — Thermophobie, sudation marquée.

L'intervention est décidée pour obtenir un amendement de ces différents symptômes. Elle est pratiquée le 24 juillet par M. le D^r Grégoire qui ligature les deux artères thyroïdiennes droites. Pas d'incidents.

A la suite de l'intervention on note une amélioration très nette dès le quatrième jour, amélioration qui ne fait que s'accroître les jours suivants, jusqu'au départ du malade.

Revu 8 mois après, le 10 mars 1925, il se présente ainsi :

Pouls : 76.

Tremblement léger des paupières fermées.

Nystagmus horizontal.

3 à 4 selles par jour.

T. A. : 15-10.

Tels sont les différents signes notés à cette époque. D'ailleurs le malade accomplit son service ; le nervosisme a disparu et il a augmenté de 14 kilogs.

OBSERVATION II

M. G..., 50 ans, employé des postes, entré à la salle Saint-Denis au mois de janvier 1924.

Le malade souffre depuis juin 1922 d'une asthénie progressive : de plus il a constaté qu'il maigrissait notablement depuis cette époque.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Spécificité traitée depuis deux mois.

A l'examen du malade, on constate un goitre avec thrill, atteignant les deux lobes.

Signes oculo-palpébraux. — Le regard est fixe et brille d'un éclat vif. L'exophtalmie est bilatérale. Les signes de Moebius et de de Graefe sont positifs, de même que le signe du frontal. Il y a un léger nystagmus.

Signes cardio-vasculaires. — Le pouls est à 108.

T. A. : 16 1/2-10 au Pachon.

Le réflexe oculo-cardiaque est aboli.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace avec force dénotant un érétisme cardiaque assez prononcé.

Signes nerveux. — Il existe du tremblement des membres supérieurs et inférieurs étendus : il est d'ailleurs généralisé aux lèvres et à la langue. Les réflexes sont en général un peu vifs.

Signes psychiques. — Le malade est très irritable et doué d'une émotivité exagérée.

L'examen des poumons ne montre rien d'anormal ; il n'y a dans les urines ni sucre ni albumine.

Le malade a été traité successivement par une cure d'hémato-éthyroïdine, puis par une cure de radiothé-

rapie de six semaines, et enfin par l'électrothérapie : ces divers traitements ne provoquent pas d'amélioration sensible.

L'intervention chirurgicale est pratiquée le 5 janvier par le Dr Grégoire : elle consiste en une double ligature des thyroïdiennes droites, sous anesthésie locale. Pas d'incidents.

Le malade est revu 3 mois après. A ce moment, on constate : une exophtalmie légère prédominante à gauche ; la disparition du signe de de Graefe et la persistance du nystagmus. Le tremblement n'a pas complètement disparu, mais est fortement atténué.

Le pouls est à 96.

La tension artérielle à 14-10 (Pachon).

Le malade a repris du poids : il pèse maintenant 64 kilos 400, alors qu'il n'en pesait que 51 le jour où il est venu à la consultation pour la première fois.

Enfin il ne présente plus d'insomnie ni de nervosisme.

OBSERVATION III

M. G..., 27 ans. Garçon de café. Entré le 20 mars 1928, salle Saint-Denis dans le service de M. le Dr Sainton.

Depuis septembre 1927, le malade souffre de palpitations, survenant 3 ou 4 fois par jour, soit spontanément, soit le plus souvent à la suite d'un effort : elles s'accompagnent de sensation pénible d'oppression au niveau de la région précordiale. Dès cette époque, le malade s'aperçoit que son cou grossit : enfin il est frappé par le changement survenu dans son caractère ;

il est sujet à des crises de larmes, pour des causes futiles. Il s'énervé facilement et éprouve une lassitude générale dans son travail.

Rien à signaler au point de vue de ses antécédents tant héréditaires que personnels.

A l'examen, l'attention est immédiatement attirée par la grosseur anormale du cou.

Goitre. — Il atteint les deux lobes et appartient au type vasculaire. On sent un thrill à la palpation.

Signes oculo-palpébraux. — Il existe une exophtalmie moyenne, en même temps qu'un élargissement notable de la fente palpébrale. Le signe du frontal est positif, ainsi que le signe de Mœbius. Il n'y a pas de nystagmus mais on constate qu'il y a un léger tremblement des paupières fermées.

Signes cardio-vasculaires. — Eréthisme circulatoire généralisé ; on note de la tachycardie, le pouls étant à 124. La recherche du réflexe oculo-cardiaque donne les résultats suivants :

Avant la compression des globes oculaires : 124.

Après la compression des globes oculaires : 104.

T. A. : 13,5-7 (Pachon).

La pointe du cœur bat dans le sixième espace, en dedans de la ligne mamelonnaire. Le choc apexien est visible à l'inspection et provoque à l'épigastre une ondulation descendante. La tête présente des oscillations systoliques marquées. Le pouls capillaire est net. L'auscultation du cœur ne décele aucun souffle orificiel.

Signes nerveux. — Le membre supérieur étendu présente un tremblement des extrémités. Les oscillations sont fines, rapides, segmentaires au début, puis totales ; elles sont franchement exagérées par la fatigue,

Il en est de même pour le membre inférieur. Il existe également du tremblement de la langue.

Les réflexes sont normaux.

Pas de troubles pulmonaires.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine. Les troubles de l'*appareil sympathique et para-sympathique* sont décelés par une sudation exagérée, une vaso-dilatation capillaire survenant brusquement pendant l'interrogatoire du malade : il se plaint énormément de la chaleur qu'il ressent continuellement.

Appareil génital. — Aucun trouble ne s'est jamais manifesté dans ses fonctions sexuelles.

Appareil digestif. — Le malade a beaucoup maigri ; il a eu des vomissements bilieux il y a cinq mois.

L'intervention chirurgicale ayant été décidée, le Dr Bergeret procède le 27 à la ligature des deux thyroïdiennes droites, sous anesthésie locale.

Le malade quitte le service nettement amélioré : il doit revenir à la consultation où l'on pourra mieux juger à distance des résultats de l'opération.

OBSERVATION IV

M. Sonch..., employé, 50 ans.

Envoyé à l'hôpital pour exophtalmie unilatérale droite.

A l'interrogatoire, le malade prétend avoir beaucoup maigri depuis 1919, et se plaint d'être sujet aux insomnies ; il a de plus des palpitations fréquentes et des bouffées de chaleur. Enfin depuis quelque temps, il s'est aperçu que son œil droit saillait anormalement.

Rien dans les antécédents. |

Examen du malade.

Signes oculo-palpébraux. — Exophtalmie unilatérale à droite avec signe de de Graefe du même côté. Signe de Stellwag. Pas de nystagmus ; pas de signe de Mœbius. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Signes cardiô-vasculaires. — Tachycardie à 118.

T. A. : 16-9. Battements épigastriques.

R. O. C. : 118 avant, 108 pendant la compression.

Signes nerveux. — Tremblement des membres supérieurs plus accusé à droite.

Tous les réflexes sont un peu vifs.

Corps thyroïde. — Ne paraît modifié ni dans son volume ni dans sa consistance.

Appareil pulmonaire. — Rien à signaler.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

On constate une pigmentation anormale sur les membres inférieurs, à la face externe. Le système pileux est anormalement développé. Les fonctions génitales ne sont pas troublées. Pas de symptômes psychiques appréciables.

Bien que le malade nie la spécificité et que le B.-W. soit négatif, on fait un traitement de 12 piqûres de Quinby.

Le malade revu en novembre présente une amélioration considérable des symptômes.

Pouls : 76.

L'exophtalmie est beaucoup moins prononcée.

OBSERVATION V

M. Mon..., 50 ans, journaliste.

Interrogatoire.

Sa maladie a débuté il y a un mois par des troubles de la vue : surtout de la diplopie. En même temps est apparue une céphalée paroxystique de la région temporale. Le malade a beaucoup maigri et se plaint d'une grande faiblesse générale.

Antécédents. — Hémoptysie au mois de janvier. Pas de spécificité avouée. Rien au point de vue antécédents héréditaires.

Examen. — On ne constate pas d'augmentation apparente du corps thyroïde : aucune saillie anormale à la base du cou ; pas de tumeur perceptible à la palpation.

Troubles oculaires. — Elargissement de la fente palpébrale et éclat du regard. Pas de nystagmus. Exophtalmie bilatérale.

Pas de signe de Stellwag. Signe de Mœbius bilatéral. Signe de de Graefe positif.

Les pupilles sont inégales, mais leurs réflexes sont normaux.

Signes cardio-vasculaires. — Tachycardie : pouls à 96. T. A. : 16-7.

Les bruits du cœur sont bien frappés.

Système nerveux. — Pas de tremblement. Tous les réflexes sont normaux.

Appareil respiratoire. — Matité de la base droite avec diminution du murmure vésiculaire.

Rien au point de vue de l'appareil digestif et des fonctions génitales.

Enfin on note une émotivité marquée et une tendance à l'hyperirritabilité.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

Radioscopie. — Goitre net.

Rien à l'aorte.

Ce malade n'a pu être suivi.

OBSERVATION VI

M. Cat..., 51 ans, employé.

Le début de la maladie remonte à 1923, et c'est d'une façon progressive que sont apparus les divers symptômes que l'on note à l'examen.

Troubles oculaires. — L'œil gauche a été énucléé par fonte purulente consécutive sans doute aux lésions basedowiennes.

L'œil droit est légèrement saillant, mais a subi une tarsoraphie.

Pas de de Graefe ni de Mœbius.

On note un nystagmus horizontal.

Troubles circulatoires. — Tachycardie ; pouls à 125 ; éréthisme cardio-vasculaire très prononcé.

Troubles nerveux. — Tremblement généralisé à tout le corps.

Troubles psychiques et vaso-moteurs consistant en hyperémotivité d'une part, en sudation exagérée et thermophobie d'autre part.

Pas de saillie apparente à la base du cou, pas de tumeur perceptible à la palpation.

Enfin, on constate un amaigrissement extrême et un aspect de sénilité qui ont fait penser à un néoplasme gastrique que la radioscopie n'a pas révélé.

Radioscopie. — 1° de face : on voit une ombre homogène bien limitée, descendant de la base du cou jusque derrière le sternum.

2° de profil : l'ombre se voit plus nettement, débordant dans le médiastin antérieur et dépassant légèrement le bord inférieur de la clavicule.

Malade non revu.

OBSERVATION VII

M. Mas..., 48 ans, metteur en scène.

Le malade vient à la consultation parce qu'il souffre de palpitations violentes survenant à la moindre émotion, des bouffées de chaleur, accompagnées de sudations abondantes. De plus, il éprouve une asthénie invincible qu'il ne sait à quoi attribuer ; il a considérablement maigri : 21 kilos depuis un an, date à laquelle tous ces différents troubles ont fait leur apparition d'une manière progressive.

A l'examen, les premiers symptômes apparents sont les suivants :

Signes oculaires. — Fente palpébrale élargie ; quand les paupières s'abaissent elles recouvrent incomplètement les globes oculaires surtout à droite : de ce même côté on note une exophtalmie plus accentuée qu'à gauche. Le regard est brillant donnant au visage un aspect hostile : il est voilé de temps à autre par un larmoiement plus abondant le matin. Les paupières fer-

mées sont agitées d'un battement à rythme régulier et lent. On note les signes de de Graefe, de Mœbius, le signe du frontal, enfin il existe un nystagmus spontané et intermittent. Les pupilles réagissent normalement.

Signes cardio-vasculaires. — On constate une tachycardie manifeste se traduisant par une accélération du nombre des pulsations qui varie de 100 à 116. Le pouls est bondissant. T. A. : 17-8 1/2. La pointe du cœur bat au niveau du 6^e espace intercostal. L'auscultation fait entendre des bruits forts, un peu claqués, sans aucun souffle orificiel. L'aorte abdominale est animée de battements qui soulèvent la paroi avec violence et indiquent un éréthisme vasculaire généralisé.

Troubles vaso-moteurs. — Au cours de l'interrogatoire le malade devient rouge subitement. Moiteur de la peau. Raie de Maranon persiste une heure dans la région sous-sternale et quelques minutes seulement dans la région cervicale.

R. O. C. : aboli.

Signes nerveux. — Il existe un tremblement spontané et provoqué ; il est menu, rapide, très variable et porte sur les extrémités.

En poursuivant l'examen on ne trouve pas d'hypertrophie thyroïdienne. Aucune tumeur n'est aperçue dans la région cervicale. La palpation permet de sentir dans la région sus-sternale, une glande dure, scléreuse, très diminuée de volume, du moins en apparence, car la radioscopie pratiquée a révélé à la partie supérieure du thorax la présence d'une masse obscure, entre la clavicule et la première côte des deux côtés.

En examen oblique antérieur droit, la masse est en-

core plus nette, occupant le médiastin antérieur et descendant jusqu'au devant de la crosse aortique.

Signes psychiques. — Le malade est particulièrement irritable, émotif. Il se plaint d'insomnie.

Interrogé au sujet de troubles sexuels possibles, le malade assure n'en avoir constaté en aucune façon.

Métabolisme basal. — Augmentation de 116/100. L'examen des urines ne décèle aucune particularité, si ce n'est un taux de phosphates un peu supérieur à la normale.

Un traitement radiothérapique est prescrit par le Dr Sainton et appliqué par le Dr Dousset. Il est fait 7 applications de rayons X, une chaque semaine de chaque côté du sternum, sur la région indiquée : dose totale 2.800 à 3.000 R.

Après ce traitement, les symptômes basedowiens disparurent, sauf l'exophtalmie qui diminua notablement. Le malade gagna du poids ; son métabolisme basal atteignit non seulement la normale, mais descendit au-dessous ; ce fut l'indication qui fit cesser le traitement.

OBSERVATION VIII

M. Cou..., 30 ans, employé de banque.

La maladie a débuté il y a un an par une lassitude générale ; il y a 3 mois est apparu un tremblement des membres inférieurs, dans la station debout, mais surtout des palpitations très pénibles pour le malade : palpitations provoquées par l'effort, mais aussi spontanées et dont la durée était de 4 à 5 minutes.

A l'examen, on remarque de suite la grosseur exagérée du cou, dans la région thyroïdienne.

Signes oculaires. — Elargissement de la fente palpébrale avec éclat et fixité du regard. L'exophtalmie qui est bilatérale est peu prononcée. Signe de de Graeffe, signe de Moebius et signe du frontal sont positifs. Léger nystagmus.

Signes cardio-vasculaires. — Eréthisme généralisé, la pointe bat avec violence dans le 6^e espace en soulevant rythmiquement la paroi thoracique. Tachycardie : pouls à 160.

T. A. : 15 1/2-8.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont bien frappés et réguliers ; pas de souffles orificiels.

Goitre. — Il est vasculaire ; on sent un thrill à la palpation.

Signes nerveux : Tremblement. — Les mains étendues présentent des oscillations menues et rapides, exagérées par la fatigue. Il en est de même pour les membres inférieurs.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Signes psychiques. — Le malade très émotif est souvent la proie de crises de larmes à l'occasion de petites contrariétés. Nervosité et irritabilité assez prononcée.

Troubles vaso-moteurs et trophiques. — Le malade rougit et blémit alternativement avec une grande facilité pendant l'interrogatoire. On note une tendance exagérée à la sudation.

De plus le système pileux est raréfié et on peut constater une décoloration des cheveux dans leur totalité.

Interrogé au point de vue des fonctions sexuelles, le malade accuse une baisse marquée de ces fonctions.

Dans les urines : ni sucre ni albumine. Le malade

est mis au traitement radiothérapique, puis à une cure d'hématoéthyrôidine.

Revu en mars 1928, il présente une amélioration très nette. Il a repris son poids normal. Les palpitations sont moins pénibles et la tachycardie est tombée de 160 à 100.

OBSERVATION IX

M. Duf..., avocat, 47 ans.

Ce malade vient consulter le Dr Sainton parce qu'il s'est aperçu que son cou grossissait ; de plus il a maigri de 8 kilos en un an. Il attribue ces deux faits à la contrariété qu'il a ressentie à la suite d'un échec dans une campagne électorale.

A l'examen du malade on note une tumeur de la région thyroïdienne à droite. Ce goitre volumineux est assez consistant à la palpation.

Signes oculaires. — Léger éclat du regard. L'exophtalmie bilatérale est peu prononcée. Les signes de Moëbius et de Graefe existent. Pas de signe du frontal. Il y a du nystagmus.

Signes cardio-vasculaires. — Tachycardie, le pouls est à 104. Eréthisme généralisé. L'auscultation ne permet de déceler aucun souffle orificiel.

Signes nerveux. — Très léger tremblement localisé aux extrémités des membres inférieurs étendus.

Troubles psychiques. — Le malade constate lui-même qu'il est survenu des modifications certaines dans son caractère : il est très nerveux, selon sa propre expression.

Pas de troubles des fonctions sexuelles.

Au point de vue antécédents personnels et héréditaires rien à signaler.

Le malade est soumis au traitement par le salicylate de soude.

Un mois après : amélioration considérable des accidents. Le corps thyroïde a repris son volume normal ; à la palpation on sent un petit noyau assez dur du côté droit.

Le pouls est à 84.

Le malade reprend progressivement du poids.

OBSERVATION X

M. B..., chef de gare, 45 ans.

Le début de la maladie remonte au 16 octobre 1925. A ce moment le malade est pris de palpitations fréquentes, qui ne font que croître en nombre et en intensité ; c'est pour cette raison que le malade vient consulter le Dr Sainton.

A l'examen de la région thyroïdienne, on ne trouve pas de tumeur appréciable à la palpation. Il n'a pas été fait de radioscopie.

Signes oculaires. — Exophtalmie unilatérale à gauche. La fente palpébrale est élargie. Les signes du frontal, de de Graefe sont positifs. Le signe de Moebius existe à gauche. Nystagmus transversal dans le regard en haut. Inégalité pupillaire. Tremblement des paupières fermées.

Signes cardio-vasculaires. — La tachycardie n'est pas très accentuée, le pouls étant à 96.

T. A. : 20-13. Réflexe oculo-cardiaque : 96 avant la compression des globes oculaires, 80 après.

A l'auscultation, pas de troubles cardiaques.

Signes psychiques. — Ils sont caractérisés par un certain degré d'irascibilité. Le malade paraît doué d'une nervosité exagérée. Pas de troubles des fonctions sexuelles.

On constate du tremblement des membres supérieurs et inférieurs.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Bien que le malade nie la spécificité, le Wasserman pratiqué est positif.

Un traitement mercuriel est prescrit à la suite duquel les symptômes régressent. Le pouls revient à la normale, les palpitations et le tremblement disparaissent.

OBSERVATION XI

M. Ch..., frotteur, âgé de 36 ans.

Le malade se plaint de ressentir depuis 3 semaines des crises d'étouffement.

L'examen du malade permet de constater une augmentation de volume du corps thyroïde : le *goitre* est plongeant et atteint les deux lobes. On sent un *thrill* à la palpation.

Signes cardio-vasculaires. — Tachycardie se manifestant par une accélération du pouls qui bat à 102-110.
T. A. : 15-10.

Signes oculo-palpébraux. — Elargissement de la fente palpébrale ; le signe du frontal est positif, de même que le signe de Moebius à gauche. Il n'existe pas d'autres signes oculaires.

Signes nerveux. — Léger tremblement de l'extrémité des doigts étendus.

Les réflexes sont un peu vifs, les pupilles réagissent normalement.

Signes psychiques. — Pas de modification appréciable du caractère.

L'examen des divers organes ne décèle aucune particularité digne d'être mentionnée. Il n'y a aucun trouble des fonctions sexuelles.

Ce malade n'a pu être suivi.

CONCLUSIONS

1° Le goitre exophtalmique est loin d'être exceptionnel chez l'homme. Il est toutefois plus rare que chez la femme.

2° Il se présente sous trois formes.

a) forme complète ;

b) forme basedowoïde de Stern ;

c) forme fruste.

3° Il reconnaît une origine infectieuse ou héréditaire le plus souvent. Le rôle de l'émotion comme cause provocatrice est limité.

4° Les troubles de la fonction sexuelle sont loin d'être la règle ; ils peuvent manquer complètement.

5° Les troubles psychiques sont en général peu accentués ; la note dominante en est l'asthénie.

6° Le pronostic n'est pas plus grave chez l'homme que chez la femme. Le goitre exophtalmique est même compatible avec une certaine activité sociale.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Syndrome basedowien. — *Extraits du Progrès médical*, mai et juin 1922.
- BÉCLÈRE. — Goitre exophtalmique. *Paris médical*, février 1922.
- ALAMARTINE. — Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *Gazette des Hôpitaux*, 1911, p. 2118.
- BESSON. — Goitre basedowifié. Thèse de Paris, 1927.
- CARDILL. — The diagnostic and treatment of exophthalmic goiter. *Virginie médical*, Monthly, may 1927.
- CLIQUET. — Etude sur la pathogénie du goitre exophtalmique. Thèse de Paris, 1911.
- CHVOSTEK. — Morbus basedowii. *Traité de médecine de Roger, Widal et Teissier*, 1923, p. 427.
- BOUCHUT. — Rôle du rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie de la maladie de Basedow. Thèse de Lyon, 1910.
- DELHERM. — Goitre exophtalmique. *Journ. de Radiologie et électricité*, n° 4, avril 1922.
- DAVID. — La maladie de Basedow. *Journ. des Sciences médicales de Lille*, n° 35, août 1927.
- DUMAS. — Goitre exophtalmique d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1907.
- FITZ. — Exophthalmic goiter in a young man with fa-

- milial history of diabetes mellitus. *Mod. clin. N. Am. Philadelphie*, 121, V.
- GALLAVARDIN. — Quelques remarques sur les névroses tachycardiques : la maladie de Basedow fruste.
- GOLDSCHIEDER. — Uber Basedowische Krankheit. *Deutsch. Med. Woch.*, 1923, p. 535.
- GRAHAM. — Exophtalmic goiter and toxic adenoma. *Journal of the american medical association*, vol. 87, p. 628.
- HARVIER. — Thérapeutique du goitre exophtalmique. *Gaz. méd. de Nantes*, mars 1917.
- HUGONOT. — Contribution à l'étude du goitre exophtalmique. Thèse de Lyon, 1920.
- HUCH NEILSON. — Quelques remarques sur l'étiologie du goitre exophtalmique. *Journal of the american med. association*, 24 septembre 1927.
- LABBÉ. — Métabolisme basal chez les basedowiens. C. R. de la Société de Biologie, mai 1922.
- LIAN. — Cœurs de guerre et cœurs de soldats.
- PIC et BONAMOUR. — Le goitre exophtalmique chez l'homme. *Revue de médecine*, 10 juin 1911.
- PUZIN. — Contribution à l'étude de la fréquence, de l'évolution, et du pronostic du goitre exophtalmique chez l'homme. Thèse de Lyon, 1910.
- PEYNET. — Dystrophies et Dyschromies au cours du syndrome de Basedow. Thèse de Paris, 1926.
- ROUSSY. — Goitre exophtalmique. *Revue neurologique*, 1920, n° 9.
- SAINTON (P.). — Maladie de Basedow : les formes cliniques. *Journal médical français*, 15 mars 1913.
- Le syndrome basedowien chez l'homme. *Revue de médecine*, juillet 1926.

— Comment traiter un goitre exophtalmique ?
Semaine des Hôpitaux de Paris, 31 octobre
1927.

SAINTON et DELHERM. — Le traitement du goitre
exophtalmique. Paris, 1908.

SATTLER. — Die Basedowische Krankheit. Leipzig.

SCHULMAN. — Le goitre exophtalmique syphilitique.
Thèse de Paris, 1917.

SOUQUES. — Goitre exophtalmique héréditaire et fami-
lial. *Revue neurol.*, Paris, 1919.

TERROIGNE et ZUNG. — Le métabolisme de base, p. 130.

